



**WELL CHILD EXAM - LATE
CHILDHOOD: 5 YEARS**
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE _____

កុមារវ័យចុងក្រោយ៖ អាយុ៖ 5 ឆ្នាំ

សំរាប់ឪពុកម្តាយនិងកុមារ ដើម្បីបំពេញព័ត៌មាន	ឈ្មោះរបស់កុមារ	នាមគ្រូពេទ្យ	ថ្ងៃខែកំណើត																				
	ប្រតិកម្មនានា	ថ្នាំលេបបច្ចុប្បន្ន																					
	អាត្មា/គ្រោះថ្នាក់/បញ្ហា/ការបារម្ភតាំងពីពេលជួបពិនិត្យសុខភាពចុងក្រោយ		ថ្ងៃនេះខ្ញុំមានសំនួរមួយអំពី៖																				
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">បាទ ទេ</td> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">បាទ ទេ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>កូនរបស់ខ្ញុំញាំអាហារច្រើនមុខ។</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>កូនរបស់ខ្ញុំអាចទុកចិត្តលេងបាន ។</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>កូនរបស់ខ្ញុំបង្ហាញលទ្ធភាពនៃការយល់ដឹងពីអារម្មណ៍របស់អ្នកដទៃ ។</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%;"> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">បាទ ទេ</td> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">បាទ ទេ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>កូនរបស់ខ្ញុំចូលចិត្តទៅសាលារៀន/សាលាមតេយ្យរដ្ឋាន ។</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>កូនរបស់ខ្ញុំស្គាល់គ្រូអក្សរភាគច្រើន ហើយអាចសរសេរបានខ្លះ ។</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">បាទ ទេ</td> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">បាទ ទេ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>កូនរបស់ខ្ញុំញាំអាហារច្រើនមុខ។</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>កូនរបស់ខ្ញុំអាចទុកចិត្តលេងបាន ។</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>កូនរបស់ខ្ញុំបង្ហាញលទ្ធភាពនៃការយល់ដឹងពីអារម្មណ៍របស់អ្នកដទៃ ។</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	បាទ ទេ		បាទ ទេ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំញាំអាហារច្រើនមុខ។	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំអាចទុកចិត្តលេងបាន ។	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំបង្ហាញលទ្ធភាពនៃការយល់ដឹងពីអារម្មណ៍របស់អ្នកដទៃ ។	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">បាទ ទេ</td> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">បាទ ទេ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>កូនរបស់ខ្ញុំចូលចិត្តទៅសាលារៀន/សាលាមតេយ្យរដ្ឋាន ។</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>កូនរបស់ខ្ញុំស្គាល់គ្រូអក្សរភាគច្រើន ហើយអាចសរសេរបានខ្លះ ។</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	បាទ ទេ		បាទ ទេ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំចូលចិត្តទៅសាលារៀន/សាលាមតេយ្យរដ្ឋាន ។	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំស្គាល់គ្រូអក្សរភាគច្រើន ហើយអាចសរសេរបានខ្លះ ។
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">បាទ ទេ</td> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">បាទ ទេ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>កូនរបស់ខ្ញុំញាំអាហារច្រើនមុខ។</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>កូនរបស់ខ្ញុំអាចទុកចិត្តលេងបាន ។</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>កូនរបស់ខ្ញុំបង្ហាញលទ្ធភាពនៃការយល់ដឹងពីអារម្មណ៍របស់អ្នកដទៃ ។</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	បាទ ទេ		បាទ ទេ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំញាំអាហារច្រើនមុខ។	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំអាចទុកចិត្តលេងបាន ។	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំបង្ហាញលទ្ធភាពនៃការយល់ដឹងពីអារម្មណ៍របស់អ្នកដទៃ ។	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">បាទ ទេ</td> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">បាទ ទេ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>កូនរបស់ខ្ញុំចូលចិត្តទៅសាលារៀន/សាលាមតេយ្យរដ្ឋាន ។</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>កូនរបស់ខ្ញុំស្គាល់គ្រូអក្សរភាគច្រើន ហើយអាចសរសេរបានខ្លះ ។</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	បាទ ទេ		បាទ ទេ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំចូលចិត្តទៅសាលារៀន/សាលាមតេយ្យរដ្ឋាន ។	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំស្គាល់គ្រូអក្សរភាគច្រើន ហើយអាចសរសេរបានខ្លះ ។	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
បាទ ទេ		បាទ ទេ																					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំញាំអាហារច្រើនមុខ។	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំអាចទុកចិត្តលេងបាន ។	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំបង្ហាញលទ្ធភាពនៃការយល់ដឹងពីអារម្មណ៍របស់អ្នកដទៃ ។	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
បាទ ទេ		បាទ ទេ																					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំចូលចិត្តទៅសាលារៀន/សាលាមតេយ្យរដ្ឋាន ។	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	កូនរបស់ខ្ញុំស្គាល់គ្រូអក្សរភាគច្រើន ហើយអាចសរសេរបានខ្លះ ។	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE
---------------------------	--------------------------	----------------

<input type="checkbox"/> Review of systems	<input type="checkbox"/> Review of family history
--	---

Screening:

	MHZ	R	L
Hearing Screen	4000	_____	_____
	2000	_____	_____
	1000	_____	_____
	500	_____	_____

Vision

	R 20/	L 20/
	N A	N A
Development	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Behavior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Social/Emotional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Mental Health	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

Physical:

	N	A		N	A
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describe abnormal findings and comments:

Diet _____

Elimination _____

Sleep _____

<input type="checkbox"/> Review Immunization Record	<input type="checkbox"/> Lead Exposure
<input type="checkbox"/> Fluoride Supplements	<input type="checkbox"/> Fluoride Varnish
<input type="checkbox"/> Hct/Hgb _____	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Dental Referral

Health Education: (Check all discussed/handouts given)

<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Child care	<input type="checkbox"/> Development
<input type="checkbox"/> Regular Physical Activity	<input type="checkbox"/> Car Safety/Booster Seat	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/> Discipline/Limits/Rules	<input type="checkbox"/> Passive Smoking
<input type="checkbox"/> Helmets	<input type="checkbox"/> School Readiness	<input type="checkbox"/> Adequate Sleep
<input type="checkbox"/> Dental Care	<input type="checkbox"/> Other: _____	

Assessment/Plan: _____

NEXT VISIT: 6 YEARS OF AGE	IMMUNIZATIONS GIVEN
HEALTH PROVIDER SIGNATURE	REFERRALS
	HEALTH PROVIDER NAME
	HEALTH PROVIDER ADDRESS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Late Childhood (5 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Hemoglobin/Hematocrit (Hgb/Hct) Screen

- Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of hematocrit tests.

Tuberculosis Screen

Use clinical judgement. Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- Close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Developmental Milestones

Always ask about and followup on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire or the Denver II.

- | Yes | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Dresses without supervision.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Copies a cross.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Draws a person -- 3 parts.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Puts object "on," under" "in front of," and "behind" when asked.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Skips and walks on tip toe. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Catches a bounced ball. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Names 4 colors.</u> |

Avoids eye contact.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any items, on *even one* of the underlined items, or if you have checked the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**

សុខភាពរបស់កូនអ្នកនៅអាយុ 5 ឆ្នាំ

ដំណាក់កាលសំខាន់

របៀបដែលកូនរបស់អ្នកកំពុងដំលូតលាស់រវាង អាយុ 5 ឆ្នាំនិង 6 ឆ្នាំ ។

រៀនទទួលខុសត្រូវសំរាប់របៀបចំសំអាតបន្ទប់របស់វា របៀបចំតុញ្យុបាយ ជួយរបៀបចំបាយទឹក ។

រៀនលាងខ្លួនវានៅក្នុងអាងឬក្នុងការងូតទឹក ។

ចាប់ផ្តើមរៀនជំនាញការនៃកិច្ចការនិងក្រិត្យនិយមរបស់ល្បែង ។

ចងខ្សែស្បែកជើងរបស់វា ។

រៀនហែលទឹក ។

អ្នកជួយកូនរបស់អ្នករៀនជំនាញការថ្មីដោយការនិយាយនិងលេងជាមួយ វា។

ដើម្បីរកជំនួយបុគ្គលិកមានថែមទៀត

ជំនាញការជាឪពុកម្តាយ ការដាក់វិន័យ ឬការឧបត្ថម្ភក្នុងពេលមានវិបត្តិ:

ទូរស័ព្ទប្រចាំការចាំជួយគ្រួសារ
1-800-932-HOPE (4673);

ប្រភពសំរាប់គ្រួសារភាគពាយ័ព្យ
1-888-746-9568;

ថ្នាក់រៀននៃវិទ្យាល័យសហគមន៍តាមតំបន់

ការមើលក្មេងដែលមានអាយុចូលរៀន:

បណ្តាញនៃប្រភពនិងការបញ្ជូនការមើលក្មេងនៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតុន
1-800-446-1114

ព័ត៌មាននិងការឧបត្ថម្ភបញ្ជាក់ការបំពានផ្នែកផ្លូវភេទលើក្មេង

និងការបំពានខាងរាងកាយ:

ទូរស័ព្ទប្រចាំការចាំជួយគ្រួសារ
1-800-932-HOPE (4673)

ចំណុចសំខាន់ផ្នែកសុខភាព

ចូរយកកូនទៅទទួលការពិនិត្យរោគរៀងរាល់ឆ្នាំជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគិលានុបដ្ឋាក-យិកា ។ បន្ទាប់ពីទទួលការចាក់ថ្នាំការពាររោគសំរាប់ ការចូលរៀនដំបូងរួច ក្មេងប្រហែលជាមិនត្រូវការចាក់ទៀតទេ រហូត ទាល់តែដល់អាយុ 11-12 ឆ្នាំ ។

លើកទឹកចិត្តកូនរបស់អ្នកឲ្យអនុវត្តការដុសធ្មេញរាល់ថ្ងៃជាមួយថ្នាំដុស ធ្មេញមានជាតិហ្វ្លូរ៉ាយវ៉ាយចំនួនប៉ុន្តែគ្រាប់សណ្តែក ។ ក្មេងមុខជាទៅតែត្រូវ ការអ្នកឲ្យជួយដើម្បីដុសធ្មេញវាឲ្យជ្រះទាំងអស់ ។ ចូរបញ្ជាក់ថានាំកូន របស់អ្នកទៅឲ្យពេទ្យធ្មេញពិនិត្យមើល យ៉ាងហោចណាស់ក៏ម្តងក្នុងមួយ ឆ្នាំដែរ ។

ចំណុចសំខាន់សំរាប់មាតាបិតា

ញាំអាហារជាមួយគ្នាឲ្យញឹកញាប់ដែលអាចធ្វើបានដើម្បីឲ្យមានចំណង អារម្មណ៍ផ្សារភ្ជាប់ជាមួយកូនរបស់អ្នក ។ សាកល្បងបិទទូរទស្សន៍ ដោះ ខ្សែទូរស័ព្ទចេញកុំឲ្យប្រើកើត ហើយប្រលែងលេងជាមួយគ្នារវាង ។

ចូរស្តាប់នៅពេលកូននិយាយមករកអ្នក ។ មើលឲ្យចំរាស់និងយកចិត្តទុក ដាក់ស្តាប់ ។ បន្ទាប់មកឆ្លើយឬសួរអំពីគំនិតរបស់វា ។ ធ្វើឲ្យក្មេងដឹងថា អ្វីដែលវាគិតនិងនិយាយគឺសំខាន់ចំពោះអ្នក ។

និយាយជាមួយកូនរបស់អ្នកអំពីរបៀបជៀសវាងការបំពានផ្នែកភេទ ។ បង្រៀនវាអំពីភាពឯកជន និងការប៉ះពាល់កន្លែងខ្លះមិនត្រឹមត្រូវទេ ។ វាក្មេងប្រកែកថា "ទេ" ហើយប្រាប់អ្នកបើនរណាម្នាក់ព្យាយាមបំពានវា ។

កំរិតពេលសំរាប់ទូរទស្សន៍ឬកុមារទូរទស្សន៍របស់អ្នកមានពេល សំរាប់អានសៀវភៅនិងល្បែងលេងដែលមានសកម្មភាព ។ ចូរអាន សៀវភៅរឿងជាមួយវារាល់ថ្ងៃ ។ នាំវាចេញលេងនៅខាងក្រៅដើម្បី ឲ្យបានញឹកញាប់ ។

ចំណុចសុវត្ថិភាព

កូនរបស់អ្នកគួរពាក់អាវជួយឲ្យអណ្តែតទឹកជានិច្ចពេលនៅនឹងទឹក ទោះបី ក្រោយពីវាបានរៀនហែលទឹកក៏ដោយ ។

ចូរចាំមើលកូនរបស់អ្នកឲ្យជាប់ជានិច្ច នៅពេលវាទៅជិតផ្លូវ ។ ក្មេងមិន ទាន់ចេះជិះកង់ដោយសុខសាន្តនៅលើផ្លូវ ឬឆ្លងផ្លូវដោយគ្មានមនុស្សធំ នៅឡើយទេ រហូតទាល់តែវាមានអាយុយ៉ាងតិច 9 ឆ្នាំ ។ ពួកគេមិន ទាន់ធំល្មមដើម្បីមានសកម្មភាពដោយសុខសាន្តនៅក្បែររថយន្តជានិច្ច នៅឡើយទេ ។

ចូរបង្រៀនកូនរបស់អ្នកថាកុំប៉ះពាល់កាំភ្លើងឲ្យសោះ ។ បើវារកឃើញ កាំភ្លើងមួយ វាក្មេងប្រាប់មនុស្សធំភ្លាម ។ ចូរចាំថាកាំភ្លើងណាមួយនៅ ក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកមិនត្រូវប្រកបគ្រាប់ទេ និងត្រូវចាក់សោរវាឲ្យជាប់ ។